

Welcome To Our Office

Patient Information:

Last Name: _____ First: _____ Date of Birth: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Home Phone: _____ Cell: _____ Email: _____

Reason for Examination: (Please check all that apply) Glasses _____ Contacts _____ Other _____

Insurance Information:

Vision Insurance Plan Name: _____ Your Insurance ID #: _____

S.S. #: _____ Primary Insured Person: _____ D.O.B. Primary: _____

Medicaid #: _____

Medical History:

(Please check all that apply)

Systemic:

- _____ Diabetes
- _____ High Blood Pressure
- _____ Heart Disease
- _____ CVA
- _____ Elevated Cholesterol
- _____ Arthritis
- _____ Thyroid Dysfunction
- _____ Cancer/tumors
- _____ AIDS/HIV
- _____ Other: (Please List) _____

Ocular:

- _____ Cataracts
- _____ Glaucoma
- _____ Lazy Eye or Strabismus
- _____ Eye Injury or Infections
- _____ Eye Surgery
- _____ Macular Degeneration
- _____ Retinal Disease
- _____ Dry Eyes
- _____ Color Blindness
- _____ Other: (Please List) _____

Please List all of the Medications that you are taking: _____

Do you have any Allergies? _____

(Women) Are you pregnant? No _____ Yes _____

Does anyone in your family have a history of eye disease or diabetes? (Please list) _____

Notice of Privacy Practices:

I understand that all of my medical records will be kept confidential in accordance with HIPPA laws. I acknowledge that I have reviewed and /or received a copy of the Notice of Privacy.

Print Name: _____ Signature: _____ Date: _____

Bienvenido A Nuestra Oficina

Informacion del Paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Area postal: _____

Telefono (Casa): _____ Telefono (Celular): _____ E-mail: _____

Razon del examen de hoy: Anteojos _____ Lentes de contactos _____ Otros _____

Informacion del Seguro:

Seguro de Vision: _____ I.D. del seguro: _____

S.S. #: _____ Asegurado principal: _____ Fecha de nacimiento del primario: _____

_____ Medicaid #: _____

Historia Medica: (Por favor, marque lo que corresponda)

Systemic:

- _____ Diabetes
- _____ Presion alta
- _____ Enfermedades del Corazon
- _____ Derrame cerebral
- _____ Colesterol alta
- _____ Artritis
- _____ Enfermedad de la tiroides
- _____ Cancer
- _____ AIDS/HIV
- _____ Otros: _____

Ocular:

- _____ Catarata
- _____ Glaucoma
- _____ Estrabismo
- _____ Golpe o infection del ojos
- _____ Cirugia de los ojos
- _____ Degeneracion macular
- _____ Enfermedades de la retina
- _____ Reseguedad del ojos
- _____ Daltonismo
- _____ Otros: _____

Por favor, lista de medicamentos que esta tomando: _____

Tiene alergias: _____

(Mujeres) Esta embarazada: No _____ Si _____

Alguien en su familia tiene un historial de enfermedad de los ojos o la diabetes: _____

La Notificacion de las Practicas de Privacidad:

Entiendo que todos mis registros medicos sera mantenida confidencial, de conformidad con las leyes de HIPPA. Yo reconozco que he revisado y/o recibido una copia de las notificacion del Dr. Jerry Beauchamp de practicas de Privacidad.

Firma: _____ Fecha: _____